



SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

www.electromedicasel.com

FOLIO

FECHA

HOJA DE SERVICIO

Institución/Empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Tel: _____ Celular: _____ Email: _____

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO

Marca: _____ Modelo: _____ Equipo: _____

Accesorios incluidos: _____

Departamento: _____ No. Serie: _____

Tipo de servicio: Mantenimiento preventivo Mantenimiento correctivo Diagnóstico Otro: _____

Falla reportada: _____

INSPECCIÓN DEL EQUIPO

ACTIVIDADES REALIZADAS

OBSERVACIONES

HORAS DE
SERVICIO

FOLIO DE
GARANTÍA:

Garantía de

Días naturales sobre el servicio realizado

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Nombre:

Firma:

CLIENTE

Nombre:

Firma:

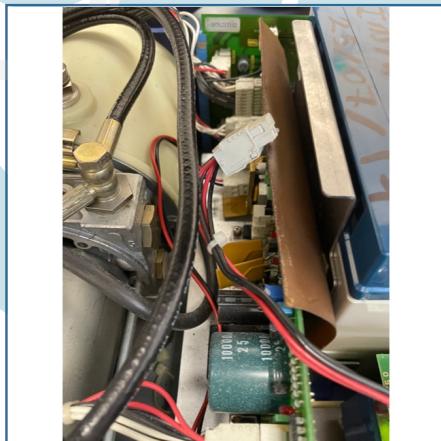
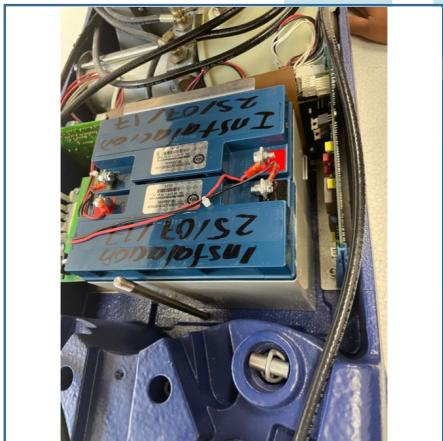
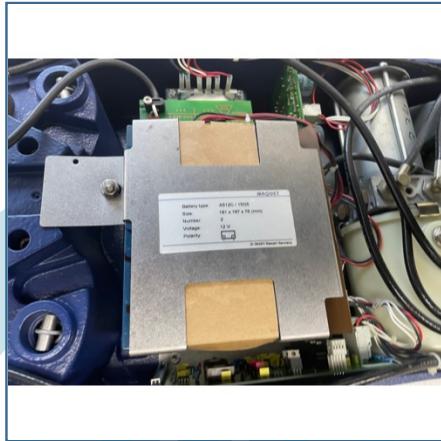


SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

www.electromedicasel.com



IMÁGENES DEL SERVICIO



servicio@electromedicasel.com

*Bruselas # 657 San Isidro Torreón, Coahuila, México.
Tel: (871) 7-138175*

contacto@electromedicasel.com



SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

www.electromedicasel.com



FOLIO

FECHA

IMÁGENES DEL SERVICIO

